Zorginstituut Nederland

# Aanvullende kinkhoestvaccinatie: perspectief van de zorgverzekering

Datum 18 november 2015
Status DEFINITIEF

# Colofon


| | |
|---|---|
| Projectnaam | Beoordelingskamer Vaccins |
| Versienummer | 0.1 |
| Volgnummer | 2015138718 |
| | |
| Opdrachtgever | Ministerie van VWS |
| Contactpersoon | mw. M.R. Kuijpers |
| | +31 (0)20 797 86 34 |
| | |
| Auteur(s) | Marja Kuijpers |
| | Martin van der Graaff |
| | |
| Afdeling | Pakket |
| | |
| Uitgebracht aan | |

# Inhoud

# Samenvatting

Vaccinatie van elke zwangere vrouw, met als doel preventie van een kinkhoestinfectie bij haar (nog ongeboren) kind kan niet beschouwd worden als geïndiceerde preventie. Het Zorginstituut adviseert daarom om deze kinkhoestvaccinatie niet in het basispakket van de Zorgverzekeringswet op te nemen.
Aanleiding voor dit advies is het verzoek van de minster aan Zorginstituut Nederland om te beoordelen of een aanpassing van de kinkhoestvaccinatie, zoals door de Gezondheidsraad voorgesteld, een plaats zou moeten hebben binnen het basispakket. Omdat het huidige vaccinatieschema op basis van het RVP onvoldoende bescherming voor pasgeborenen lijkt te bieden tegen kinkhoestinfectie, had de minister in maart 2015 advies hierover aan de Gezondheidsraad (GR) gevraagd. De GR constateert in haar advies *'Vaccinatie tegen kinkhoest: doel en strategie'* dat de aanhoudende ziektelast van kinkhoest onder zuigelingen onder de drie maanden noopt tot het overwegen van aanvullende vaccinatiemaatregelen. De GR stelt vast dat vaccinatie van zwangere vrouwen tegen het einde van de zwangerschap daarvoor de meest geëigende maatregel is. Daarnaast is de GR van mening dat dit zou moeten gebeuren uit publieke middelen omdat deze strategie een aanvulling is op de strategie van primaire preventie van het RVP.

# Inleiding

Aanleiding voor dit advies is het verzoek van de minster aan Zorginstituut Nederland om te beoordelen of een aanpassing van de kinkhoestvaccinatie, zoals door de Gezondheidsraad voorgesteld, een plaats zou moeten hebben binnen het basispakket (zie bijlage 1). Deze vraag kwam voort uit het verzoek aan het Zorginstituut en de Gezondheidsraad om een formeel samenwerkingsverband aan te gaan in de vorm van een Beoordelingskamer Vaccins (BKV)[1] (zie bijlage 2). Daarom hebben zowel de Gezondheidsraad als Zorginstituut Nederland een specifieke adviesaanvraag over de problematiek van de kinkhoestvaccinatie ontvangen.

De vragen met betrekking tot aanpassing van kinkhoestvaccinatie die de minister specifiek bij Zorginstituut Nederland heeft belegd luiden:

**1.** Kunt u voor ieder van de door de Gezondheidsraad voorgestelde interventies nagaan of het voorgestelde middel in die zin effectief is dat het genoemde doel bereikt kan worden, en wat de farmaco-economische consequenties daarvan zijn?
**2.** In het kader van het pakketcriterium noodzakelijkheid, is er sprake van a) medische noodzakelijkheid, en b) noodzakelijk te verzekeren zorg?
**3.** In het kader van het pakketcriterium uitvoerbaarheid, kunt u aangeven wat de financiële consequenties zijn van uitvoering van ieder van deze interventies, en adviseren over de overige randvoorwaarden van uitvoerbaarheid in het kader van de Zvw?
**4.** Kunt u aangeven in hoeverre elk van deze interventies voldoet aan de pakketcriteria en of deze een plaats zou moeten hebben binnen het basispakket in het kader van de Zvw?

Omdat het advies van de Gezondheidsraad (GR) de basis vormt voor dit rapport beschrijven we eerst de inhoud en aanbevelingen van het GR rapport '*Vaccinatie tegen kinkhoest: doel en strategie*' (hoofdstuk 1).
Daarna beschrijven we de positie van vaccinaties in de Zorgverzekeringswet (hoofdstuk 2). Ten slotte komen we tot inhoudelijke onderbouwing van het advies van het Zorginstituut (hoofdstuk 3), gevolgd door de samenvattende conclusie (hoofdstuk 4).

[1] Brief VWS aan Tweede Kamer 'Vaccinatiezorg', 3 juli 2014 (kenmerk 394767-122278-PG)

# 1 Advies Gezondheidsraad aanvulling kinkhoestvaccinatie

Op 4 maart 2015 heeft de minister van VWS de Gezondheidsraad (GR) de vraag gesteld of voor een effectieve bestrijding van kinkhoest aanpassing van de vaccinatiestrategie noodzakelijk is. De minister vroeg de GR hierbij om de adviesvragen zoveel als nu al mogelijk is te beantwoorden in de geest van de op te richten Beoordelingskamer Vaccins (BKV) waarin zij de samenwerking van de Gezondheidsraad en Zorginstituut Nederland wil vormgeven.

De minister stelde de GR de volgende specifieke vragen:

1. Is er nationaal of internationaal sprake van een terugkeer (*resurgence*) van kinkhoest? Zo ja, welke factoren spelen hierbij een rol?
2. Zijn in het kader van het publieke vaccinatieprogramma wijzigingen of aanvullende maatregelen nodig en mogelijk voor de bescherming van zuigelingen tegen kinkhoest? Zo ja, welke?
3. Verdient vaccinatie van oudere kinderen en volwassenen voor de eigen bescherming aanbeveling? Zo ja, welke maatregelen adviseert u om te nemen?
4. Is aanpassing van de strategie van de bestrijding van kinkhoest nodig? Wat dient het doel te zijn van vaccinatie tegen kinkhoest en welke doelgroepen dienen onderscheiden te worden?
5. Hoe kunnen de beschikbare (combinatie-)vaccins het best ingezet worden? Wat is de meest geschikte samenstelling van de vaccins? Op welke leeftijden kunnen de boostervaccinaties het beste worden gegeven?
6. De antwoorden op deze vragen kunnen al een beeld geven van de optimale vormgeving van de vaccinaties. Kunt u, indien dat het geval is, aangeven of de vaccinaties mogelijk binnen het publieke programma, als onderdeel van de zorg, of als onderdeel van de vrije markt hun gezondheidswinst het best kunnen realiseren?
7. Daarbij doet zich in het kader van de nieuwe BKV de vraag voor in hoeverre er bij zwangeren, volwassenen en oudere kinderen gesproken kan worden van geïndiceerde preventie.

***Kernpunten advies Gezondheidsraad***

Het advies '*Vaccinatie tegen kinkhoest: doel en strategie*'[2], tot stand gekomen in de Commissie Vaccinaties van de Gezondheidsraad, behandelt de adviesaanvraag van de minister. Kernpunten uit dit advies:

Als primair doel van publieke vaccinatie tegen kinkhoest geldt de bescherming van zuigelingen en jonge kinderen en daarom worden zuigelingen gevaccineerd. De beschikbare vaccins zijn zeer effectief, maar directe bescherming – door afweer van het kind zelf – komt pas tot stand enige weken nadat het kind de eerste doses van het vaccin heeft gekregen. In het gunstigste geval zijn zuigelingen pas vanaf ongeveer drie maanden beschermd. Het huidige vaccinatieschema van zuigelingen (vanaf drie maanden) biedt de allerjongsten onder hen onvoldoende bescherming.

[2] Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen kinkhoest: doel en strategie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2015; publicatienr. 2015/xx

Dat blijkt uit het gegeven dat het aantal ziektegevallen en ziekenhuisopnamen onder zuigelingen over langere tijd min of meer constant is en niet naar het gewenste lage niveau daalt.
De commissie heeft zeven beschikbare opties voor verbeterde directe dan wel indirecte bescherming van de kwetsbare groep zuigelingen geïnventariseerd en getoetst aan de zeven criteria voor opname van een vaccinatie in een publiek programma. Alleen vaccinatie van de aanstaande moeder tijdens de zwangerschap voldoet aan deze criteria. Dat is naar het oordeel van de commissie dan ook de aanbevolen benadering voor de gewenste aanvullende bescherming van jonge zuigelingen.

*Vaccinatie zwangere vrouwen dient onderdeel te worden van strategie bestrijding kinkhoest*

Het advies van de GR luidt daarom om de bestaande vaccinatie van zuigelingen tegen kinkhoest aan te vullen met een vrijwillige vaccinatie van zwangeren in het derde trimester van de zwangerschap. Tevens spreekt zij uit dat dit zou moeten gebeuren uit publieke middelen. Het perspectief van de commissie was het gehele spectrum van vaccinatiezorg en de rol van de overheid daarin: van zorg voor eigen rekening van individu of bedrijf waarbij de overheid alleen verantwoordelijk is voor de beschikbaarheid en de informatievoorziening, via collectieve regeling om gelijke toegang tot essentiële zorg te realiseren, tot en met de publieke vaccinatieprogramma’s, zoals het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), waarbij de overheid verantwoordelijk is voor de uitvoering, de monitoring en de evaluatie. De commissie benadrukt dat het belangrijk is om onderzoek te doen naar de determinanten van acceptatie van deze interventie. Gegevens van dergelijk onderzoek zijn nodig om te kunnen bepalen hoe de voorlichting en de publiekscommunicatie het beste kunnen worden vormgegeven.

*Vaccinatie van oudere kinderen en volwassenen geen overheidstaak*

De commissie constateert dat de ernstige vormen van kinkhoest, die ziekenhuisopname nodig maken en soms zelfs tot sterfte kunnen leiden, zich onder de huidige omstandigheden vrijwel uitsluitend voordoen bij zuigelingen die nog niet of niet volledig gevaccineerd zijn. Uit historische gegevens blijkt dat vooral kinderen tot de leeftijd van ongeveer vijf jaar kwetsbaar zijn. Op grond van deze overwegingen wijst de commissie kinderen van nul tot en met vijf jaar (opnieuw) aan als de doelgroep van publieke bescherming tegen kinkhoest. Publieke programma’s dienen gericht te zijn op de bescherming van kinderen in die leeftijd. Onder kinderen ouder dan vijf jaar en volwassenen is de maatschappelijke ziektelast van kinkhoest (ernst van de ziekte en frequentie per eenheid van bevolking) niet zodanig dat opname in een publiek vaccinatieprogramma gerechtvaardigd is.

*Geen goede gronden voor collectieve financiering van kinkhoestvaccinatie bij oudere kinderen en volwassenen*

Evenmin acht de commissie voldoende gronden aanwezig om vaccinatie van oudere kinderen en volwassenen aan te merken als essentiële zorg en aan te wijzen voor collectieve financiering. Bij deze beoordeling moest de commissie afgaan op beperkte, beschikbare gegevens. Voor een grondigere beoordeling van de ziektelast zouden meer gegevens verzameld moeten worden, waarbij vooral ook aandacht

moet worden gegeven aan de mogelijk grotere kwetsbaarheid van ouderen. De commissie beveelt aan daarop gericht onderzoek op te zetten.

***Samenvatting advies Gezondheidsraad***

De aanhoudende ziektelast van kinkhoest onder jonge zuigelingen (met name jonger dan drie maanden) maakt het nodig om aanvullende maatregelen te overwegen om deze kinderen te beschermen. Van de opties die de commissie onderzocht vormt vaccinatie van zwangere vrouwen tegen het einde van de zwangerschap – waarover pas sinds kort gunstige gegevens beschikbaar zijn – daarvoor de meest geëigende maatregel. Het advies van de Gezondheidsraad luidt daarom om de bestaande vaccinatie van zuigelingen tegen kinkhoest aan te vullen met een vrijwillige vaccinatie van zwangeren in het derde trimester van de zwangerschap. Tevens spreekt zij uit dat dit zou moeten gebeuren uit publieke middelen.

# 2 Vaccinaties, essentiële zorg en Zorgverzekering

Vaccinaties kunnen op diverse manieren gefinancierd worden. Om te kunnen beoordelen of vaccinatie bij een bepaalde doelgroep als een te verzekeren prestatie Zvw kan worden aangemerkt, heeft het Zorginstituut in diverse rapporten een beoordelingskader ontwikkeld.

***Vaccinaties in publieke programma's***

De criteria voor opname van vaccinaties ter preventie van infectieziekten in publieke programma's vertonen belangrijke overeenkomsten met de door verschillende instanties voorgestelde criteria voor essentiële zorg. Bij beoordeling van vaccinaties als preventieve zorg moet rekening gehouden worden met de indirecte effecten van preventie van de infectie. Vaccinatie van een deel van de bevolking kan bijvoorbeeld de circulatie van het betreffende micro-organisme doen verminderen en zodoende gunstige effecten hebben op de ziektefrequentie onder niet-gevaccineerden. De indirecte effecten van vaccinatie kunnen groot zijn en veel invloed hebben op de kosteneffectiviteitsverhouding.

De vaccinatie van kinderen tegen pneumokokkeninfecties en de effecten daarvan op de ziektelast bij ouderen vormt hiervan een goed voorbeeld. Gangbare (statische) modellen houden daar geen rekening mee. Zogeheten dynamische modellen doen dat wel, maar daarvoor zijn weer gedetailleerde contactgegevens nodig. Dynamische modellen zijn dus complexer, maar sluiten beter aan bij het karakter van infectieziekten. Voor een kosteneffectiviteitsanalyse bij infectieziekten verdient een dynamisch model vaak de voorkeur.

***Vaccins als onderdeel van het collectief te verzekeren pakket***

Zorginstituut Nederland heeft een adviestaak met betrekking tot opname van vaccins - als geneesmiddelen - in het collectief te verzekeren pakket. De Zorgverzekeringswet (Zvw) beperkt de aanspraak tot zorg waaraan een individuele zorgvraag ten grondslag ligt. In het rapport[3] 'Stringent pakketbeheer' (2012) concludeert het Zorginstituut dat de zorgverzekering een schadeverzekering is, niet bedoeld voor collectieve *preventie*, maar om *zorg* te verzekeren waarop men beroep doet op basis van een individuele zorgvraag. De minister van VWS kan, op basis van een advies van het Zorginstituut of op eigen initiatief, besluiten dat een vaccinatie voor specifiek te identificeren individuen bereikbaar moet zijn en daarmee als te verzekeren essentiële zorg moet worden aangemerkt. Financiering vindt dan plaats in het kader van de Zvw.

Voorbeelden zijn vaccinatie van individuele personen met een omschreven aandoening waardoor zij een hogere kans lopen op infectie of complicatie, bv. tegen hepatitis A, hepatitis B, pneumokokkenziekte en rabies. Beschikbaarheid van deze vaccins via het basispakket (Zvw) is een vorm van te verzekeren preventieve zorg omdat er sprake is van individuele (geïndiceerde) preventie.

---

3 Mastenbroek CG, Doeschot RGP. Stringent Pakketbeheer. College voor zorgverzekeringen. 29 mei 2012. Diemen.

***Rapport Zorginstituut Nederland 'Van preventie verzekerd'***

De klassieke indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie geeft problemen bij de afgrenzing van de verzekerde preventie binnen de Zvw. Het Zorginstituut stelt in het rapport[4] 'Van preventie verzekerd' (2007) de volgende vierdeling voor:

1. Universele preventie richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen;
2. Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van een dergelijk programma;
3. Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen voor die ziekte. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/ behandeling;
4. Zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen.

Grofweg komen de twee eerste vormen van preventie (universele en selectieve) overeen met primaire preventie en een deel van de secundaire preventie. Geïndiceerde preventie heeft kenmerken van secundaire preventie maar is daarbij specifiek gericht op een individu. Zorggerelateerde preventie is een vorm is van tertiaire preventie. Universele en selectieve preventie zijn gericht op de populatie of subpopulaties. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zijn gericht op het individu.

*Collectieve preventie (primair)*

Collectieve preventie valt volgens het Zorginstituut niet onder de reikwijdte van de Zvw, maar is (uitsluitend) de gedeelde verantwoordelijkheid van de rijksoverheid en lokale overheden zoals geregeld in de Wet publieke gezondheid. Hieronder valt het RVP (Rijksvaccinatie-programma). Om preventie in de praktijk te laten slagen is het belangrijk mensen met een hoog risico actief op te sporen en ze naar de zorg toe te leiden. Dit is een taak van de betrokken ministeries en de gemeenten, omdat het hierbij gaat om collectieve preventie: een groep mensen systematisch opsporen.

*Geïndiceerde preventie (secundair)*

'Geïndiceerde preventie' is de zorg die erop gericht is het ontstaan van ziekte te voorkomen bij een individu met een verhoogd risico op die ziekte. Geïndiceerde preventie is in de klassieke terminologie: secundaire preventie die gericht is op het individu. De doelgroep omvat personen die ziek zijn ( of die bepaalde genetische aanleg hebben), maar waarbij de ziekte nog niet is gediagnosticeerd of waarbij de genetische aanleg nog niet vastgesteld. Ook vaccinatie van identificeerbare

[4] Kroes ME, Mastenbroek CG, Couwenbergh BTLE et al. Van preventie verzekerd. College voor zorgverzekeringen. 16 juli 2007. Diemen.

immuungecompromitteerde personen voor infectieziekten valt onder geïndiceerde preventie.

*Zorggerelateerde preventie (tertiair)*

'Zorggerelateerde preventie', in de klassieke terminologie tertiaire preventie, is de zorg die gericht is op het voorkomen van:

- complicaties;
- het verergeren van de ziekte;
- beperkingen (bijvoorbeeld in de mobiliteit en in zintuiglijke functies).

Van oudsher zijn onderdelen van de zorggerelateerde preventie onderdeel van de verzekerde zorg van de Zvw, bv. revalidatie na een hartinfarct, verstrekking van hulpmiddelen.

***Wanneer is geïndiceerde preventie verzekerde zorg?***

Vormen van individuele preventie, zoals geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie voor identificeerbare individuen met een ziekte of een verhoogd risico op ziekte vallen onder bepaalde voorwaarden onder de Zvw. Het is niet mogelijk om de behandeling van een hoog risico op ziekte te onderscheiden van de behandeling van die ziekte. Bij het vaststellen of de preventieve zorg voor een bepaalde ziekte tot het basispakket behoort, gelden de volgende voorwaarden:

- de verzekerde heeft de betreffende ziekte of een hoog risico op die ziekte;
- de verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op preventie;
- de preventieve zorg moet voldoende bewezen effectief zijn, dat wil zeggen 'voldoen aan de huidige stand van de wetenschap en praktijk'.

Als er volgens de geldende medische inzichten sprake is van een hoog risico op ziekte - op basis van identificatie en kenmerken van een hoog-risico groep - is er naar de mening van het Zorginstituut sprake van een indicatie voor een interventie. Een toetsing aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' moet vervolgens aantonen dat deze preventieve zorg voldoende bewezen effectief is. Een belangrijk aspect hierbij is dat door de preventieve zorg de kans op het krijgen van die ziekte afneemt.

Het individuele begrip van ziektelast dient te worden onderscheiden van het maatschappelijke begrip van ziektelast, zoals dat bijvoorbeeld gehanteerd wordt bij de criteria voor opname van een vaccinatie in een publiek programma. In het begrip maatschappelijke ziektelast speelt naast de last die een ziekte of aandoening voor een individu veroorzaakt ook de prevalentie (het aantal ziektegevallen in de bevolking) een rol. Bij beoordeling van de noodzaak om een behandeling op te nemen in een collectieve ziektekostenverzekering (schadeverzekering) zijn vooral de effecten van de interventie op de individuele ziektelast van belang.
Naast ziektelast is (kosten)effectiviteit een belangrijk criterium voor opname in het verzekerde pakket. Noodzakelijkheid, individuele ziektelast, effectiviteit, kosteneffectiviteit en ten slotte uitvoerbaarheid vormen in Nederland de criteria voor een op solidariteitsgrondslag gebaseerd basispakket.

# 3 Advies Zorginstituut kinkhoestvaccinatie bij zwangeren

Het primaire doel van publieke vaccinatie tegen kinkhoest is bescherming van zuigelingen en jonge kinderen; daarom worden zuigelingen vanaf drie maanden via het RVP gevaccineerd tegen kinkhoest. Het huidige vaccinatieschema blijkt de allerjongste zuigelingen (neonaten) echter onvoldoende bescherming te geven.
Op verzoek van de minister van VWS adviseert de GR in haar rapport[2] '*Vaccinatie tegen kinkhoest: doel en strategie*' (2015) over mogelijke aanpassingen in het kader van het publieke vaccinatieprogramma om aanvullende bescherming van jonge zuigelingen tegen kinkhoest te bereiken. De GR concludeert dat aanvulling van de bestaande vaccinatie van zuigelingen tegen kinkhoest met een vaccinatie van zwangeren tegen kinkhoest in het derde trimester van de zwangerschap de meest geëigende maatregel is voor verbetering van de directe dan wel indirecte bescherming van neonaten. Deze vaccinatie komt volgens de GR ook in aanmerking voor financiering uit publieke middelen.

*Kinkhoestvaccinatie zwangere vrouwen geen te verzekeren zorg via Zvw*
De definiëring van alle zwangere vrouwen tot doelgroep voor vaccinatie, zoals door de GR voorgesteld, heeft als uitgangspunt gediend voor het advies van het Zorginstituut.
Het is niet mogelijk individuele zwangere vrouwen te identificeren wier nog ongeboren kind een verhoogd risico loopt op kinkhoestinfectie. Deze vaccinatie betreft daarmee indirecte preventieve zorg, niet (rechtstreeks) gericht op de individuen of de groep met verhoogd risico, maar een indirecte preventieve interventie via hun moeders. Zorginstituut Nederland is van mening dat er daarom geen sprake is van geïndiceerde preventie. Het risico op een kinkhoestinfectie is een bestaand risico voor alle neonaten, waarbij geen stratificatie op basis van de hoogte van het risico mogelijk is. Door vaccinatie van alle zwangere vrouwen kan dit risico verder verkleind worden. Er is echter geen sprake van de behoefte aan zorg, zoals beschreven in de Zvw.
Volgens staand beleid, zoals bij de advisering over een vaccin tegen gordelroos voor ouderen (*Varicella Zoster* vaccin) hoort deze aanvullende kinkhoestvaccinatie volgens het Zorginstituut Nederland daarmee niet thuis in de Zvw. In de wetenschap dat financiering via publieke middelen mogelijk is op grond van het advies van de GR, is er geen reden om bij dit advies over kinkhoestvaccinatie een uitzondering op dit beleid te maken.
Met deze constatering is de beantwoording van de vragen betreffende de pakketcriteria verder niet aan de orde.

*Kosteneffectiviteit van kinkhoestvaccinatie van zwangere vrouwen*
Zorginstituut Nederland heeft wel een bijdrage geleverd aan het advies van de GR met betrekking tot budgetimpact-analyse en kosteneffectiviteits-verhouding van de aanbevolen vaccinatie van zwangere vrouwen tegen kinkhoest. Het heeft gepubliceerde kosteneffectiviteitsstudies over maternale kinkhoestvaccinatie vergeleken en met geactualiseerde epidemiologische en demografische gegevens berekeningen uitgevoerd op basis van een door het RIVM ontwikkeld model.

# 4 Conclusie kinkhoestvaccinatie bij zwangeren

*Advies Zorginstituut Nederland kinkhoestvaccinatie*
Vaccinatie van elke zwangere vrouw, met als doel preventie van een kinkhoestinfectie bij haar (nog ongeboren) kind kan niet beschouwd worden als geïndiceerde preventie maar als primaire (collectieve) preventie. Volgens staand beleid van het Zorginstituut bij advisering over vaccinaties die niet beschouwd kunnen worden als geïndiceerde preventie hoort kinkhoestvaccinatie van zwangeren ter aanvullende bescherming van neonaten daarom niet thuis in de Zvw.
In de wetenschap dat financiering van kinkhoestvaccinatie van zwangeren mogelijk is via publieke middelen, op grond van het advies van de GR, is er geen reden om bij dit advies een uitzondering op dit beleid te maken.
Het Zorginstituut adviseert dan ook om deze kinkhoestvaccinatie niet in het basispakket van de Zorgverzekeringswet op te nemen.

**Zorginstituut Nederland**

*Voorzitter Raad van Bestuur*

Arnold Moerkamp

# Bijlage 1:

VWS, Adviesaanvraag Zorginstituut Nederland strategie kinkhoestvaccinatie. Den Haag, 2 juni 2015.

# Bijlage 2:

VWS, Verzoek inrichten Beoordelingskamer Vaccins Zorginstituut Nederland – Gezondheidsraad. Den Haag, 1 mei 2015.